



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Cuso académico 2012-2013

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Variación en el perfil de usuarios, en un
centro residencial para personas mayores.
Comparativa entre el año 2007 y 2012.**

María Moreno Santolaya

Junio 2013

TUTORES:

Pablo Espinosa Breen.

Fátima Lado González.

INDICE

1. <i>STRUCTURED ABSTRACT</i>	5
2. <i>RESUMEN ESTRUCTURADO</i>	7
3. <i>ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</i>	9
4. <i>OBJETIVOS Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO</i>	13
4.1 Objetivo general	13
4.2 Objetivos específicos	13
4.3 Justificación del estudio	13
5. <i>METODOLOGIA</i>	15
5.1 Tipo de estudio y variables de interés	15
5.2 Ámbito de estudio	16
5.3 Selección de la muestra, criterios de inclusión y tamaño poblacional.	16
5.4 Trabajo de campo	17
5.5 Plan de análisis	18
5.6 Búsqueda bibliográfica	19
5.7 Consideraciones éticas	20
5.8 Temporalización y fases del estudio	20
6. <i>RESULTADOS</i>	21
6.1 Edad y sexo	21
6.2 Estado civil y apoyo familiar	22
6.3 Tipología de plaza.	23
6.4 Nivel de autonomía.	23
6.5 Demencias y enfermedad de Alzheimer.	24
6.6 Trastornos psiquiátricos.	25
6.7 Estancias temporales	26
6.8 Información adicional	26

6.9 Resumen de los resultados	28
7. <i>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</i>	30
8. <i>AGRADECIMIENTOS</i>	33
9. <i>BIBLIOGRAFIA</i>	34
APENDICES.....	37

1. STRUCTURED ABSTRACT

Spanish society is undergoing a process of population aging, and in order to provide a satisfactory care giving to ageing people national and regional policies need an adjustment in health and social structures. To answer to these needs, the Disability Law was passed in 2006.

Spanish society is currently immersed in an economic recession, and it has been forced to reduce the budget to maintain former care giving programs. As a result, a large number of families care for their elderly without assistance or hire available private services. These services include residential centers and care giving homes, where a multidisciplinary team meets all the needs of the elderly.

Only 3% of the population make use of these services, which shows that the predominant care model in Spain, is the supplementary model. This model suggests that the family carries the burden of most of the care providing and only when this burden exceeds the ability of the family to deal with it they resort to formal care

In the current context of changing economic conditions, it may be of interest to analyze how families value de the need to institutionalize their elderly relatives.

OBJECTIVE: To determine changes in the users' profile, from 2007 to 2012, in a residential facility for seniors, located in the province of La Coruña.

METHODOLOGY: This research uses a quantitative approach. We carried out a retrospective study with a total sample of N = 234 persons.

RESULTS: Results show that the number of users has increased in 2012 compared to 2007. There are a larger percentage of females in the sample and most are widows. Users are mainly supported by their children and in second term by their nephews or siblings. In 2012 the number of

temporary stays has been increased together with the number of seats offered by the Xunta de Galicia.

Additionally, results show that, in 2012 compared to 2007, the institutionalization of the elderly is increasingly related to a greater loss of autonomy and an increased frequency of Alzheimer's disease and psychiatric disorders, with depression being the most prevalent.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: In line with previous research, we found that the most common diseases in care giving homes are dementia and depressive disorders. On the other hand, the higher life expectancy in women, together with the greater chance of losing one's spouse over time, result in most users in care giving homes being female

Increased temporary stays private and commissioning of respite care program of the Xunta de Galicia, explains the increased number of users institutionalized in 2012.

It is noted that at present, the process of institutionalization, is associated with a greater loss of autonomy and further deterioration of the global and specific mental functions of older people, so that preventive programs should further promote the community, which in turn promotes active aging.

2. RESUMEN ESTRUCTURADO

La sociedad española se encuentra inmersa en un proceso de envejecimiento poblacional, lo que obliga a las políticas nacionales y autonómicas a realizar un reajuste en las estructuras sociales y sanitarias, para garantizar un cuidado satisfactorio de la persona mayor. En respuesta a las necesidades de la sociedad, se publica la Ley de Dependencia en el año 2006.

Actualmente la sociedad española, inmersa en un proceso de recensión, se ha visto en la obligación de reducir las cuantías económicas destinadas al mantenimiento de los programas o ofertados, de modo que, un gran porcentaje de familias deben ocuparse del cuidado de la persona mayor o en su defecto, costear los servicios de iniciativa privada disponibles en la comunidad, entre los que se encuentran los centros residenciales, donde todo un equipo multidisciplinar especializado cubre las necesidades de la persona de un modo global,

Tan solo un 3% de la población hace uso de estos servicios, lo que refleja que el modelo de cuidado predominante en España, es el modelo complementario, el cual plantea que la familia se ocupa de la mayor parte del cuidado y únicamente, cuando esta tarea se complica se recurre al cuidado formal. Pero en la actualidad y en un contexto de continuas readaptaciones a las nuevas condiciones económicas, interesa conocer como valoran las familias la necesidad de institucionalizar a la persona mayor.

OBJETIVO: Determinar las variaciones en el perfil de usuario, que se ha experimentado desde el año 2007 al año 2012 en un centro residencial para personas mayores, ubicado en la provincia de La Coruña.

METODOLOGIA: El trabajo de investigación, ha sido planificado mediante el empleo de la metodología cuantitativa. Se desarrolla un estudio descriptivo y retrospectivo con una muestra total de N=234 personas.

RESULTADOS: los resultados vertidos en este estudio, demuestran que durante el año 2012 ha incrementado el número de usuarios que han hecho uso del centro residencial.

Se observa un perfil claramente femenino y el estado civil predominante es la viudedad. El principal apoyo que reciben los usuarios es de sus hijos o en su defecto de sus sobrinos o hermanos.

Ha aumentado el número de estancias temporales, y se constata un aumento del porcentaje de plazas concertadas por la Xunta de Galicia durante el año 2012.

Por otro lado se refleja, que durante el año 2012, el fenómeno de institucionalización va acompañado de una mayor pérdida de autonomía y de un aumento de la frecuencia de la enfermedad de Alzheimer y trastornos psiquiátricos, siendo la depresión el más predominante.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: En la misma línea que otras investigaciones previas, se constata que las enfermedades más comunes en los centros residenciales son la demencia y los trastornos depresivos. Por otro lado, el mayor porcentaje de años de vida de la mujer, unido a la mayor probabilidad de perder a su conyugue durante la vejez, hacen que el sexo predominante en los centros residenciales sea el femenino.

El aumento de las estancias temporales de carácter privado y la puesta en marcha del programa de respiro familiar de la Xunta de Galicia, explica el aumento del número de usuarios institucionalizados durante el año 2012.

Se observa que en la actualidad, el proceso de institucionalización, va asociado a una mayor pérdida de autonomía y un mayor deterioro de las funciones mentales globales y específicas de la persona mayor, por lo que se deben promover más programas preventivos en la comunidad, que favorezcan el envejecimiento activo.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Con el creciente desarrollo de la sociedad, el espacio Europeo está sufriendo un aumento de forma significativa de las personas mayores, (65 años y más) donde los muy mayores (80 años y más), son un colectivo en alza ¹⁻². Uno de los países de la Unión Europea, que está sufriendo un proceso de envejecimiento más rápido es España, ya que, el número de personas mayores ha crecido casi siete veces y los octogenarios se han multiplicado por trece ⁴, consolidándose de este modo, un nuevo fenómeno gerontológico conocido como la “cuarta edad” ⁴.

Estudios científicos, demuestran que actualmente un 17,4 % de la población española, supera los 65 años de edad ⁵, donde los más mayores, representan ya un 5.3% del total de dicho colectivo. Éste porcentaje seguirá creciendo si tenemos presente el aumento de la esperanza de vida ²⁻³⁻⁵. El incremento del número de ancianos, requiere que se aumente la efectividad en todas las formas de cuidados de salud dirigidos hacia ésta población ⁶.

En la actualidad, uno de los factores que sin duda condiciona el envejecimiento, es el continuo y acelerado cambio del entorno social y económico en el que las personas envejecen ⁷. Los avances tecnológicos en el campo de la medicina y la ciencia, el incremento de las publicaciones científicas y las mejoras en la formación de los profesionales de la salud, unido a unas condiciones socioeconómicas más favorables, repercuten positivamente en la calidad de vida de las personas, lo que se traduce en un aumento considerable de la esperanza de vida. (78.9 años en varones y 84.9 años en mujeres) ⁵.

Por otro lado, la estructura familiar se ha modificado, el tamaño de las familias se ha visto reducido, aumentando el número de hogares unipersonales entre los mayores de 65 años de edad, siendo cada vez mayor el número de personas que llegan a la vejez sin descendencia. Asimismo, la función de cuidadora principal, que tradicionalmente ha recaído en la mujer, se ha visto enormemente afectada por su

incorporación al mundo laboral, desdibujando el patrón de la institución familiar tradicional, y dificultando el cuidado de los ancianos.

Todo ello unido al creciente fenómeno de la dependencia, secundaria al aumento de la esperanza de vida, a los conflictos intergeneracionales y a que el individuo va perdiendo sus capacidades, está generando uno de los grandes problemas a los que actualmente deben enfrentarse muchas familias, como hacer frente o garantizar un cuidado satisfactorio de la persona mayor ⁷.

Ante estos cambios sociodemográficos, surge la necesidad de realizar un reajuste en las estructuras sociales y sanitarias, para garantizar y asegurar unos cuidados satisfactorios de la persona mayor.

Es en este contexto cuando en el año 2006 se publica la conocida *Ley 39/2006 de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, con el objetivo, de atender las necesidades de aquellas personas que por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyo para el desarrollo de las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía ⁸.

Las prestaciones de atención a la dependencia, pueden tener naturaleza económica o de servicio (ayuda a domicilio, teleasistencia, centro de día, atención residencial...) su asignación dependerá del grado de discapacidad, dependencia y capacidad económica del solicitante.

La proclamación de la *Ley de Dependencia*, supuso un gran avance para garantizar una ampliación de los servicios y un cuidado satisfactorio en el sector de la dependencia, incluyendo la tercera edad ⁹, pero además de ello, supuso un gran reto para las políticas nacionales y autonómicas de España, que deberían destinar una cuantía económica suficientemente amplia, para hacer frente a los servicios y programas ofertados.

La proclamación de la *Ley de la Dependencia* tuvo lugar en un contexto socioeconómico favorable, pero actualmente, la sociedad española inmersa en una época de recesión, se ha visto obligada a reducir gastos y

disminuir el aporte económico destinado al mantenimiento del Estado de Bienestar. De este modo, las prestaciones y servicios ofertados de iniciativa pública, están en un proceso de declive, lo que implica que las familias, o las personas allegadas deben garantizar un cuidado satisfactorio de la persona mayor o en su defecto costear los servicios privados de apoyo informal y apoyo formal disponibles en la comunidad, entre ellos los centros residenciales

Las residencias, se han ido trasformando hacia lugares de alojamiento permanente más modernos y habitables, hace alrededor de 50 años en nuestro país, pero tenían un personal cuidador y médico-asistencial poco cualificado y con una dedicación insuficiente ¹⁰.

En la segunda mitad de la década de los años 70, se inicia en España, una clara modernización de las residencias en cuanto a estructura, dinámica asistencial y objetivos de la atención institucional.

En la actualidad los edificios son diseñados con el objeto de conseguir más seguridad e independencia para los usuarios: supresión de barreras arquitectónicas, fácil accesibilidad, regulación de la temperatura por áreas, espacios verdes en el entorno de las residencias por los que puedan deambular sin riesgo, etc. Y dotadas de un equipo interdisciplinar ¹¹.

El ingreso en residencias, ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización ¹. El estado de salud de los residentes es muy heterogéneo ¹⁻¹⁰ y se constata un aumento de la edad media, obligando a éstos centros, a atender a personas con problemas cada vez más complejos ¹², con pluripatologías y con aumento de los niveles de dependencia debido a la pérdida de autonomía sufrida ⁶⁻¹⁰⁻¹³.

Según diferentes estudios, se ha podido observar, el perfil claramente femenino que se observa en los centros residenciales ¹⁻⁶⁻⁷⁻¹⁴⁻¹⁵, siendo éste un factor asociado a una mayor institucionalización. Otras causas de ingreso pueden ser el vivir solo, el no tener familia o presentar alguna limitación o invalidez ¹⁴.

Una medida objetivable para determinar el estado de las funciones mentales específicas y globales del usuario (atención, memoria, orientación...) ¹⁶ o la pérdida de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria básicas, es mediante el empleo de escalas estandarizadas como el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) ¹⁷ o el índice de Barthel ¹⁸.

Se constata que aproximadamente un 3% de la población mayor hace uso de estos servicios ¹²⁻¹⁹⁻²⁰, observándose de este modo que el modelo de cuidado predominante en España es el modelo complementario, el cual plantea que el cuidado formal aparece cuando las tareas demandadas exceden las capacidades de los cuidados informales ¹⁹.

Ante tal afirmación y en un contexto de continuas readaptaciones a las nuevas condiciones económicas, interesa conocer, como valoran en la actualidad los familiares la necesidad de institucionalizar a la persona mayor.

Este acontecimiento es una de las líneas de investigación que se pretende analizar y dar respuesta durante la realización de dicho trabajo.

4. OBJETIVOS Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

4.1 Objetivo general

- Determinar las variaciones en el perfil de usuarios, que se han experimentado desde el año 2007 al año 2012, en un centro residencial para personas mayores ubicado en la provincia de la Coruña.

4.2 Objetivos específicos

- Determinar y comparar el contexto personal y social de las personas institucionalizadas en el centro residencial en el año 2007 y 2012.
- Determinar y comparar el nivel de autonomía de las personas institucionalizadas en el centro residencial en el año 2007 y 2012.
- Identificar y comparar las enfermedades más frecuentes en el centro residencial en el año 2007 y 2012.

4.3 Justificación del estudio

Conocer las modificaciones en el perfil de usuario, permiten planificar intervenciones más eficaces, adaptándose a las nuevas demandas de la sociedad.

Además de ello, actualmente, estamos sumergidos en una sociedad con unas condiciones económicas desfavorables, con importantes repercusiones en todos los ámbitos, donde apenas existen publicaciones científicas recientes que analicen las posibles modificaciones en el perfil de usuarios en los centros residenciales de la tercera edad.

Por lo que a través de la elaboración de dicho trabajo de investigación se pretende realizar una aproximación de la realidad actual a la que los centros residenciales geriátricos se ven expuestos.

Si se constata, que actualmente se evita la institucionalización temprana de la persona mayor, con un nivel de autonomía y habilidades cognitivas aceptables, sería conveniente introducir o divulgar los servicios de terapia ocupacional dentro del ámbito comunitario con el fin de promover la calidad de vida entre los más mayores y enlentecer de este modo todo el proceso de deterioro que conlleva el envejecimiento.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio y variables de interés.

Dicho trabajo de investigación, ha sido planteado desde una metodología cuantitativa, mediante el análisis de una serie de variables previamente seleccionadas, se pretende conocer las posibles variaciones en el perfil de usuario que se han experimentado en los últimos años.

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, ya que se recurre a la información registrada en el pasado para obtener los resultados.

Se establecen dos periodos de estudio claramente diferenciados en el tiempo, que abarcan del 1 de Enero al 31 de Diciembre del año 2007 y 2012.

A continuación en la Tabla I, se presentan las variables de interés seleccionadas para la realización del estudio.

Tabla I: Variables del estudio

VARIABLES DEL ESTUDIO

• Número usuarios	• Diabetes
• Sexo	• Hipertensión
• Tipo de plaza	• Diabetes
• Estado civil	• Cáncer
• Trastorno psiquiátrico	• Enf. pulmonar
• Demencias	• Parkinson
• Edad	• incontinencia
• Puntuación MEC al ingreso	• Puntuación Barthel al ingreso

5.2 Ámbito de estudio.

Este trabajo, ha sido desarrollado en un centro residencial ubicado en la provincia de la Coruña, Se caracteriza por ser un centro de iniciativa privada, pero que además de ello, dispone de un pequeño porcentaje de plazas concertadas por la Xunta de Galicia.

Presta sus servicios a más de un centenar de personas, en régimen temporal, donde los usuarios acuden a recuperarse de algún proceso agudo, o en régimen de estancia permanente, convirtiéndose de este modo el centro residencial en la vivienda habitual de la persona mayor.

Consta de un equipo multidisciplinar, con formación académica especializada para cubrir las necesidades de la persona mayor de una forma integral.

5.3 Selección de la muestra, criterios de inclusión y tamaño poblacional.

La selección de la muestra, ha estado determinada por el lugar asignado para la realización de las “Estancias Prácticas VII”, de 4º curso en Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de la Coruña. (Muestreo no probabilístico de conveniencia).

Para participar en el estudio de investigación se han seguido los criterios de inclusión y exclusión que se presentan en la Tabla II.

Tabla II: Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<p>Todos los usuarios institucionalizados en el centro residencial desde :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de Enero a 31 de Diciembre durante el año 2007. • 1 enero al 31 de Diciembre durante el año 2012. 	<p>Cualquier usuario que presente condiciones distintas a las mencionadas con anterioridad.</p>

Finalmente, tras seleccionar a los usuarios que cumplen los criterios de inclusión mencionados, se obtiene un tamaño muestral total de N= 234, de los cuales N=97 corresponde con todas las personas que han hecho uso de las instalaciones residenciales en el año 2007 y N=137 con todos los usuarios institucionalizados en el año 2012.

5.4 Trabajo de campo

La recogida de datos, se ha realizado directamente de un conocido software de gestión, llamado “Resiplus” muy común por su gran utilidad dentro de los centros residenciales.

Este programa informático, permite a los profesionales del centro, registrar la información de cada uno de los usuarios, de tal forma que la historia clínica queda completamente informatizada, lo que facilita el acceso y la búsqueda de información.

Consta de diferentes apartados, destinado cada uno de ellos, a los distintos profesionales que componen el equipo multidisciplinar.

La información principal ha sido obtenida del departamento de terapia ocupacional, donde figuran los datos de los instrumentos de valoración utilizados en este estudio:

- MEC: El MEC de Lobo, es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein). Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen 2 versiones, de 30 y 35 puntos respectivamente, donde los ítems están agrupados en 5 categorías (orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria, y lenguaje y construcción) ¹⁷. La versión utilizada en este estudio, es la de 35 puntos. Véase apéndice I
- El Índice de Barthel, es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente, con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVDB), siendo el índice más utilizado en la valoración funcional de usuarios que ingresan en residencias asistidas ¹⁸. Véase apéndice II

De cualquier modo, también se observó la información general y específica de otros profesionales, lo que ha permitido tener una visión más global del perfil de usuario.

Este procedimiento se ha realizado con los 234 usuarios que componen la muestra total del estudio.

5.5 Plan de análisis

Se procedió al análisis estadístico de las diversas variables y sus datos mediante el empleo de la estadística descriptiva, utilizando los programas SPSS y Excel para la elaboración de tablas y gráficos.

Con el fin de analizar las posibles relaciones establecidas entre las variables cualitativas del estudio, se utiliza la prueba Chi- Cuadrado. Las variables cuantitativas como (puntuación Mec y Barthel al ingreso y edad) se analizan con la Prueba T-student.

5.6 Búsqueda bibliográfica

La revisión bibliográfica se realizó a través de las siguientes bases de datos o buscadores: Pubmed, Dialnet, revistas electrónicas y catálogo de la biblioteca UDC.

Además de ello se utilizaron portales de interés en el ámbito estudiado (Portal Mayores), informes publicados por el Imsero y búsqueda libre en Google Académico.

En la base de datos Pubmed, se utilizó el operador booleano AND para combinar los siguientes términos “MeSH”

- Aged /elderly
- Housing for the elderly/nursing care
- Occupational therapy
- Alzheimer disease
- Activities of daily living

[Aged] AND [Housing for de elderly] AND [Occupational therapy]

[Elderly] AND [Nursing care] AND [Occupational therapy]

[Alzheimer disease] AND [activities of daily live] AND [Occupational therapy]

En la búsqueda general, se han establecido límites en relación al idioma de publicación, escogiendo únicamente los artículos publicados en inglés y español.

Resaltar que durante la búsqueda bibliográfica no se han encontrado, artículos relevantes que analicen el perfil de persona mayor en los centros residenciales, en la actualidad.

5.7 Consideraciones éticas

La recogida de datos se ha realizado manteniendo el anonimato de los/as usuarios/as, conforme al art.16 de la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia información y documentación clínica así como, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de datos de carácter personal y ley 14/1986, General de Sanidad, la cual protege el contenido de los registros sanitarios.

En el apéndice III, figura la autorización del centro para llevar a cabo el trabajo de investigación, consintiendo la publicación de los resultados en medios académicos o científicos.

5.8 Temporalización y fases del estudio

- Selección del tema : Octubre – Noviembre
- Búsqueda bibliográfica : Diciembre – Enero
- Trabajo de campo: Enero – Febrero – Marzo
- Plan de análisis: Marzo - Abril
- Resultados y conclusiones: Abril – Mayo

6. RESULTADOS

Analizando las historias clínicas, se obtiene a un total de N =234 usuarios susceptibles de estudio; de los cuales un 93.6% son casos válidos y un 6.4% casos perdidos, por no disponer de toda la información registrada en la historia clínica.

Del total de la población examinada, N=234 personas, se observa que en el año 2012, el número de usuarios que han sido institucionalizados en el centro residencial es mayor (N=137), que el numero de ingresos producidos durante el año 2007 (N=97).

6.1 Edad y sexo

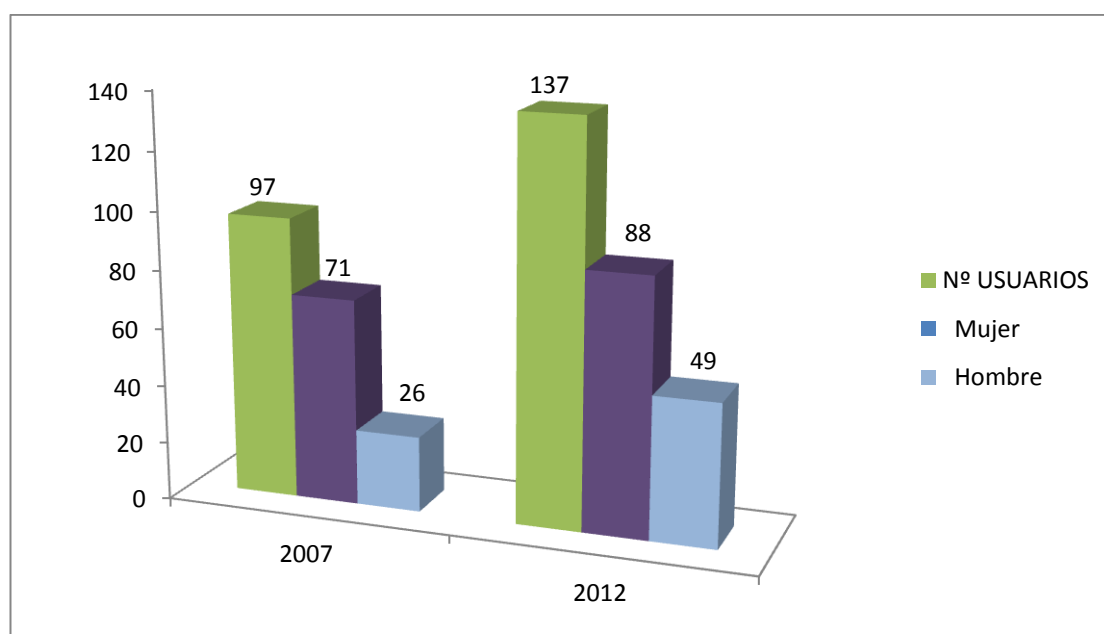


Gráfico 1: Población total y distribución por género.

Fuente: elaboración propia.

La edad media de ingreso, es de 83.19 años en 2007, y de 83.30 años en el 2012.

Variación del perfil de usuarios en un centro residencial; año 2007 y 2012.

Se observa un alto porcentaje de feminización en las instalaciones residenciales, siendo dicho porcentaje de 73.2% en el año 2007 (71 mujeres de 97 usuarios) y 64.2% en el año 2012 (88 mujeres de 137 usuarios que componen la población total).

6.2 Estado civil y apoyo familiar.

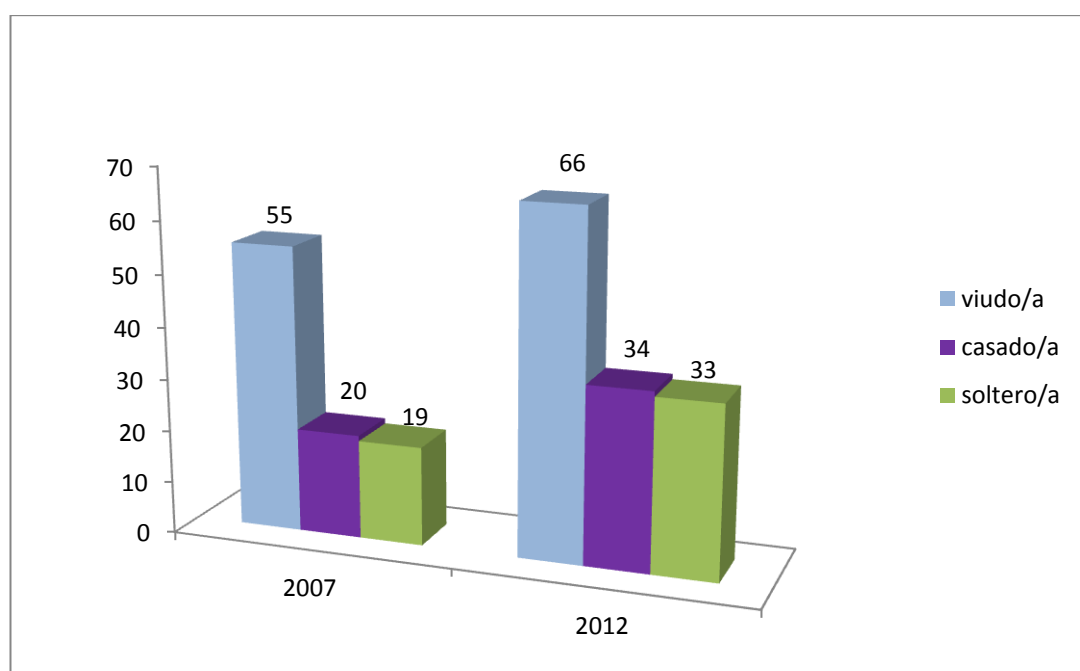


Gráfico 2: Estado civil de la población institucionalizada en el año 2007 y 2012. Fuente: Elaboración propia.

En relación al estado civil, un 58.5% de los usuarios institucionalizados en el centro residencial durante el año 2007 son viudos (55 personas de 94), frente a un 49.6% (66 personas de 134) de los usuarios institucionalizados durante el año 2012, y el principal apoyo familiar que reciben los residentes es de sus hijos (70.8% en 2007 vs 63.2% en 2012) o en su defecto de los sobrinos o hermanos.

6.3 Tipología de plaza.

Por otro lado, se observa un incremento de usuarios que ingresan en el centro residencial gracias a la concesión de una plaza pública de carácter temporal o permanente, 33.1% en el año 2012 vs 21.5% en el año 2007, motivado en gran medida, por los programas de respiro familiar que la Xunta de Galicia ha puesto en marcha en los últimos años.

6.4 Nivel de autonomía.

Otra de las variables analizadas, es la puntuación del Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) al ingreso. Se constata que en el año 2012, los ancianos institucionalizados presentan una puntuación media del MEC de 13.9, siendo inferior a la puntuación media obtenida en el año 2007 (17.32), lo que significa que actualmente los residentes, presentan un mayor deterioro cognitivo en el momento del ingreso.

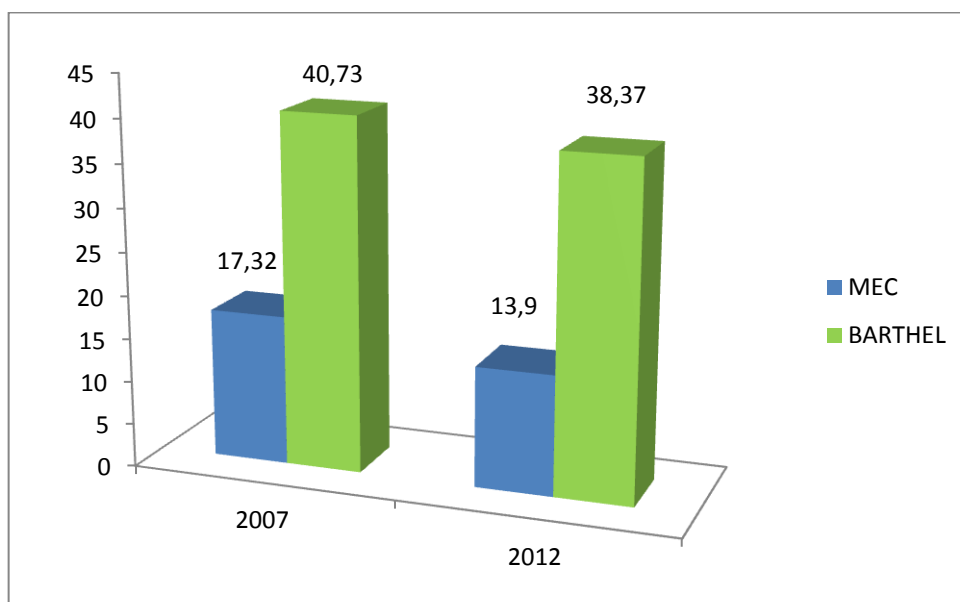


Gráfico 3: Comparativa de la puntuación MEC y Barthel, obtenida en el año 2007 y 2012. Fuente: Elaboración propia.

La prueba T para el MEC, muestra diferencias significativas entre los usuarios que ingresaron en 2007 y 2012; $t(196)=2,05$, $p<,05$. Los usuarios de 2012 presentan al ingreso una media en el MEC de 13,90 ($SD=12,04$), inferior a la de los usuarios de 2007 ($x=17,32$, $SD=10,13$).

En relación a la puntuación obtenida en el Barthel, se observa una pequeña variación que no es estadísticamente significativa, 40.73 en el año 2007 vs 38.37 en el año 2012.

6.5 Demencias y enfermedad de Alzheimer.

En los últimos años, tal y como se muestra en la Gráfico 4; se ha experimentado un incremento de usuarios, con un diagnóstico médico de Alzheimer.

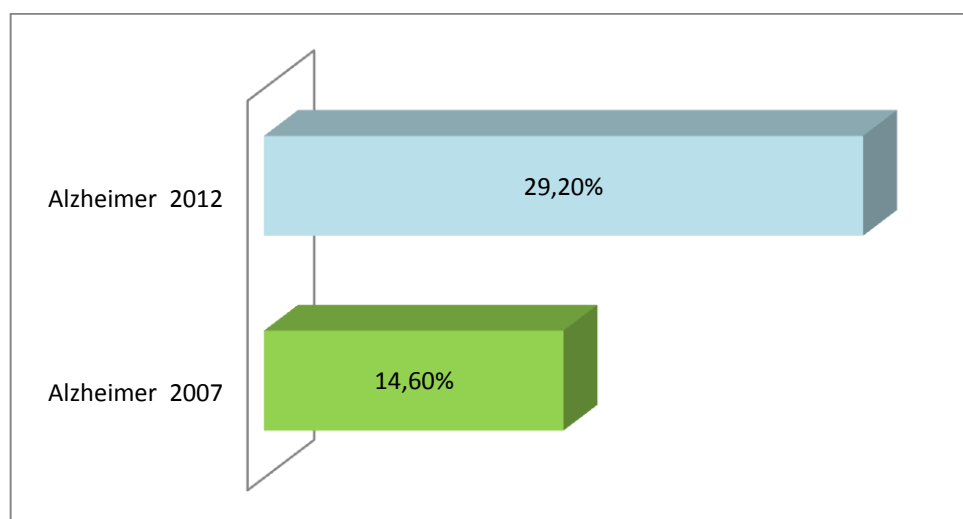


Gráfico 4: Porcentajes de Alzheimer para el año 2007 y 2012. Fuente: Elaboración propia.

La Chi Cuadrado para la presencia de demencias entre los usuarios es significativa ($\chi^2(2, N=234)=6,51$, $p<,05$). Hay un mayor porcentaje de usuarios de 2007 sin demencia respecto a los de 2012 (53,9% vs. 46,9%). En 2012 hay un mayor porcentaje de usuarios con Alzheimer que en 2007 (29,2% vs. 14,6%).

6.6 Trastornos psiquiátricos.

Por otro lado, se observa incremento significativo de personas con trastornos psiquiátricos en el año 2012.

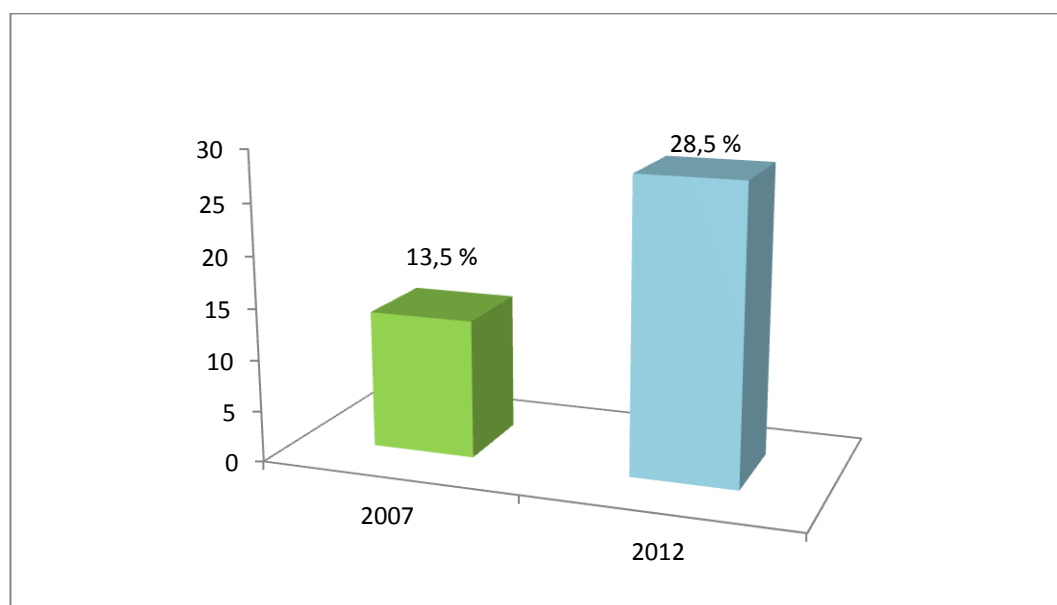


Gráfico 5: Porcentajes de trastornos psiquiátricos en el año 2007 y 2012.

Fuente: elaboración propia.

La Chi Cuadrado para la presencia de trastornos psiquiátricos entre los usuarios es significativa ($\chi^2(2)=6,824$, $p<,05$). Hay un mayor porcentaje de usuarios de 2007 sin trastornos psiquiátricos respecto a los de 2012 (86.5% vs. 71.5%). En 2012 hay un mayor porcentaje de usuarios con trastornos psiquiátricos que en 2007 (28.5% vs.13.5%)

Desglosando esta variable, se observa que, dentro de los usuarios que si tienen un trastorno psiquiátrico, la enfermedad con más frecuencia es la Depresión (9% en 2007 vs14.6% en 2012), seguido de la esquizofrenia (1.1% en 2007 vs 8.5% 2012) y el trastorno bipolar.

6.7 Estancias temporales

En relación al tipo de estancia, se observa que durante el año 2012, han aumentado el número de estancias cortas de 0 a 3 meses, con respecto al año 2007.

La Chi Cuadrado para las estancias cortas vs estancias largas es significativa ($\chi^2(2)=44,996$, $p<,05$). en 2012 se constata un aumento de las estancias temporales de 0 a 3 meses, si se toma como referencia el año 2007.

6.8 Información adicional

En la Tabla III, se recogen las variaciones que se han experimentado al analizar las variables relacionadas con los antecedentes patológicos que presentan los usuarios en el momento del ingreso. Estas diferencias en cualquier caso no son significativas.

Tabla III: Resumen de las enfermedades más frecuentes de los usuarios institucionalizados. Fuente: elaboración propia.

VARIABLES	AÑO DE INGRESO			
	2007		2012	
	Nº	%	Nº	%
HIPERTENSION				
Si	47	52,80	64	49,20
No	42	47,20	66	50,80
DIABETES				
SI	20	22,50	32	24,60
No	69	77,50	98	75,40
CANCER				
Si	7	7.90	13	10.00
No	82	92.10	117	90.00
ENF PULMONAR				
Si	10	11.20	16	12.30
No	79	88.80	114	87.70
PARKINSON				
Si	8	9.00	10	7.70
No	81	83.50	120	92.30

Analizando la Tabla III, se observa que la enfermedad más frecuente es la hipertensión arterial, aproximadamente un 50% de los usuarios padecen esta enfermedad, con un porcentaje del 52.8% para el año 2007 y un 49.2% para el año 2012.

La diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares, han experimentado un pequeño incremento en el año 2012 tomando como referencia los datos obtenidos durante el año 2007, tal y como se muestra en la tabla III.

El Parkinson ha disminuido en un 1.3% en el año 2012.

6.9 Resumen de los resultados

Tabla IV: Variables cuantitativas del estudio. Fuente: elaboración propia.

VARIABLES	AÑO DE INGRESO			
	2007		2012	
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
EDAD	83.19	7.321	83.30	6.945
MEC	17.32	10.13	13.90	12.04
BARTHEL	40.73	32.52	38.37	33.02

Tabla V: Variables cualitativas del estudio. Fuente: elaboración propia

VARIABLES	AÑO DE INGRESO			
	2007		2012	
	Nº	%	Nº	%
Nº USUARIOS	97		137	
SEXO				
Mujer	71	73.2	88	64.2
Hombre	26	26.8	49	35.8
ESTADO CIVIL				
Viudo/a	55	58.5	66	49.6
Casado/a	20	21.3	34	25.6
Soltero/a	19	20.2	33	24.8
APOYO FAMILIAR				
Hijos	68	70.8	84	63.2
Hermanos/sobrinos	22	22.9	31	23.3
Amistades	4	4.2	7	5.3
Otros	2	2.1	11	8.3
TIPO DE PLAZA				
Publica	20	21.5	44	33.1
Privada	73	78.5	89	66.9
DEMENCIAS				
Alzheimer	13	14.6	38	29.2
Otras demencias	28	31.5	31	23.8
No	48	53.9	61	46.9
T.PSIQUIATRICO				
Si	12	13.5	37	28.5
No	77	86.5	93	71.5

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos vertidos en este estudio, demuestran que en la actualidad ha incrementado el número de usuarios, que en el momento del ingreso presentan la enfermedad de Alzheimer y trastornos psiquiátricos, datos que se pueden constatar con otras investigaciones, donde se demuestra, que las demencias y los trastornos depresivos se están convirtiendo en una de las enfermedades más frecuentes en los centros residenciales¹².

El aumento de la frecuencia, de este tipo de enfermedades, que repercuten en el nivel de autonomía y a las funciones mentales globales y específicas de la persona¹⁶, se ha visto reflejado en la puntuación media obtenida de la realización de las escalas de valoración MEC y BARTHEL, disminuyendo sus valores en los últimos años.

Dicha diferencia numérica ha sido más pronunciada en la media obtenida con el MEC, que según los valores de cribaje, demuestran que en los últimos años, en el momento del ingreso, se ha pasado de un deterioro cognitivo moderado, a un deterioro cognitivo grave. Este acontecimiento va estrechamente vinculado al hecho, de que las personas con enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales, mantienen la capacidad para desarrollar las Actividades de la vida diaria básicas (AVDB), mientras que la pérdida de memoria y las dificultades para realizar las Actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) son visibles desde las etapas iniciales²¹.

Otro de los aspectos que llama la atención en el estudio, está relacionado con el incremento del número de usuarios que durante el año 2012 ha hecho uso de las instalaciones del centro residencial; un acontecimiento que puede ser explicado porque la residencia geriátrica comenzó a prestar sus servicios a finales del año 2006 y en los primeros meses de funcionamiento, supone un mayor esfuerzo captar nuevos usuarios, todo ello unido a la puesta en marcha del programa de respiro

familiar, que concede plazas concertadas por la Xunta de Galicia a personas en situación de dependencia , con el objetivo de evitar la sobrecarga del cuidador principal, y al aumento de las estancias temporales de carácter privado, justifica el aumento de ingresos en los últimos años.

El perfil claramente femenino, dentro de las instalaciones residenciales, es un hecho que se puede constatar y que sigue visible durante el paso de los años. El mayor porcentaje de años de vida de la mujer, unido a una mayor probabilidad de perder a su cónyuge en la vejez se considera como un factor asociado a la institucionalización¹⁻⁶⁻⁷⁻¹⁴⁻¹⁵⁻²², un acontecimiento que va estrechamente vinculado al estado civil predominante en los centros residenciales, que es la viudedad.

La recogida de datos para la elaboración del trabajo se ha realizado teniendo en cuenta dos periodos de estudio clave (año 2007 y año 2012) dejando un margen de tiempo de 4 años durante el cual las condiciones económicas de España han iniciado un proceso de recesión, lo que ha podido motivar o influenciar de manera directa los cambios en el perfil de usuarios mencionados.

Para finalizar, resaltar que se observa una gran tendencia a mantener a la persona en su domicilio familiar, hasta que el cuidador principal, no puede garantizar un cuidado satisfactorio del mayor, tal y como se plantea en el modelo de cuidado complementario, tan predominante en España¹⁹.

Es en este punto donde se debe reflexionar y mencionar la importancia de los profesionales de la salud, entre los que se encuentra la figura del terapeuta ocupacional, como propulsores de programas que favorezcan el envejecimiento activo en la comunidad, sin la necesidad de que la enfermedad este instaurada o sea necesaria la institucionalización de la persona mayor en los centros residenciales para recibir intervenciones terapéuticas.

Limitaciones del estudio

Se debe hacer hincapié, que el estudio se ha realizado en un único centro residencial de la Provincia de la Coruña, por lo que no se deben extrapolar ni generalizar dichos resultados al resto de centros residenciales. Además de ello, apenas existen publicaciones científicas que analicen el perfil de usuarios en la actualidad, que permitan avalar que los acontecimientos descritos, también son visibles en más centros residenciales.

8. AGRADECIMIENTOS

Mostrar mis agradecimientos a mis tutores, por su dedicación y compromiso durante la elaboración del trabajo, por haber depositado su confianza en mí y ayudarme en un proceso enriquecedor durante mi última etapa como estudiante de Terapia Ocupacional.

Al centro residencial, por permitirme y facilitarme la obtención de información, para la elaboración del trabajo de investigación.

Y a los profesores y compañeros, que durante estos 4 años de formación académica han hecho que este proceso de aprendizaje fuera una experiencia inolvidable.

9. BIBLIOGRAFIA

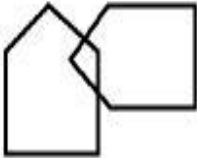
1. Rojas M^aJ, Toronjo A, Rodríguez C, Rodríguez JB. Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados. *Gerokomos*. 2006; 17 (1): 6-23.
2. MacNeil Vroomen JL, Boorsma M, Bosmans JE, Frijters DH, Nijpels G, van Hout HP. Is it time for a change? A cost-effectiveness analysis comparing a multidisciplinary integrated care model for residential homes to usual care. *PLoS One* 2012;7(5):e37444.
3. Abades M, Rayon E. El envejecimiento en España: ¿un reto o un problema social? *Gerokomos*. 2012; 23 (4):155-159.
4. Moreno A. La cuarta edad. Perfil conceptual en la vejez avanzada. *Revista electrónica de Psicología Social "Poiesis"*[revista en internet] 2010 Diciembre [acceso 20 de Enero 2013]; Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/File/51/24>
5. Abellán García A, Ayala García A. "Un perfil de personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, informes Portal Mayores, nº131. [Fecha publicación: 1/06/2012.] ; Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>.
6. Lobo A, Santos MP, Carvalho J. Anciano institucionalizado: calidad de vida y funcionalidad. *Rev Esp. Geriatr Gerontol*. 2007; 42 (Supl 1): 22-26.
7. De la Fuente MM, Martínez M, Romero MJ, Fernández FJ, Navas FJ. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. *Fisioterapia*. 2012; 34 (6): 239-244.

8. Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Ley 39/2006 del 14 de Diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299
9. Casado-Marin D. Long-term care services in Spain: an overview. *Gac Sanit* 2006 Mar; 20 Suppl 1:135-142.
10. Gómez-Busto F. Residencias de ancianos: de “casas de misericordia” a centros gerontológicos. *Rev Esp. Geriatr Gerontol.* 2007; 42 (Supl 1): 1.
11. Jiménez F. Evolución de la institucionalización de los ancianos en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1º ed. Barcelona: Editorial Glosa; 2001; 149p. ISBN: 84-7429-110-0.
12. Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Hubbard R, Lewis S, et al. Identifying the clinical characteristics of older people living in care homes using a novel approach in a primary care database. *Age Ageing* 2010 Sep; 39(5):617-623.
13. López R, López JA, Castrodeza FJ, Tamames S, León T, Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de Ancianos de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44 (1): 5-11.
14. Garrido M, Serrano MD, Bartolomé R, Martínez V. Factores asociados con calidad de vida relacionada con la salud en mayores institucionalizados: diferencias entre hombres y mujeres. *Enferm Clin.* 2012; 22 (1): 27-34.
15. Valdivieso C, García-Martín J, Ponce J, Rodríguez LP. Valoración de la institucionalización de los sujetos ancianos en relación a su dependencia, en funciones de la capacidad para las actividades de la vida diaria. *Rev Motricidad.* 2002; 8: 95-110.

16. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en internet]. 2010 [20/01/2013]; [85p]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
17. Millán Calenti JC, Labrador Toribio C. Valoración funcional. En: Millán Calenti. Gerontología y Geriatría. Valoración e Intervención. Madrid: Médica Panamericana; 2011; 187-204.
18. Polonio López B. Valoración geriátrica integral: papel de la terapia ocupacional. En: Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004; 29-54.
19. Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de más de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Publica 2009;83: 393-405
20. *Institucionalización y dependencia*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2006, nº1. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
21. Martyr A, Clare L. Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. Dement Geriatr Cogn Disord 2012; 33(2-3):189-203.
22. Kendig H, Browning C, Pedlow R, Wells Y, Thomas S. Health, social and lifestyle factors in entry to residential aged care: an Australian longitudinal analysis. Age Ageing 2010 May;39(3):342-349

APENDICES

APENDICE I: MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"	
Paciente	Edad
Ocupación	Escolaridad Examinado por Fecha
ORIENTACION	
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año"	PUNTOS (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta"	
Ciudad Prov. Nación ....."	..... (5)
FIJACION	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda) ....."	..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda)	
"Ahora hacia atrás" ....."	..... (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."	..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	
"¿Qué son un perro y un gato?" ....."	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS ....."	..... (1)
"Escriba una frase" ....."	..... (1)
"Copie este dibujo":	
	.....(1)
PUNTUACION TOTAL (35)	
Nivel de conciencia	
Ciego	Sordo Otros

APENDICE II: INDICE DE BARTHEL

COMER

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE.

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda

DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE.

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si sólo.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 INCONTINENTE.

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
- 10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
- 10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
- 0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve

APENDICE III: CONSETIMIENTO INFORMADO

Documento de consentimiento informado:

Yo, D/Dña....., con DNI directora del centro He recibido la información acerca del trabajo de investigación “Variación en el perfil de usuarios, en un centro residencial para personas mayores. Comparativa entre el año 2007 y 2012”.

He comprendido el propósito del estudio, las características de mi participación y la utilización de los datos obtenidos a raíz de esta, también he sido informado/a sobre la posibilidad de recibir información sobre los resultado, una vez finalizada la investigación.

Este trabajo será desarrollado por la investigadora María Moreno Santolaya, como parte de la asignatura “Trabajo Fin de Grado”, del 4º curso de Grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

Teniendo en cuenta todo esto y, tras haber leído la hoja de información sobre el trabajo de investigación, OTORGO mi CONSENTIMIENTO, para la participación en este estudio, y autorizo la publicación de los datos obtenidos en este centro, manteniendo siempre las normas sobre confidencialidad.

Fdo.D/Dña.

....., a de 2013